

ВОЗМОЖНОСТИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ПРИ РЕЗЕКЦИИ КИШКИ В СОЧЕТАНИИ С ЛИНЕЙНЫМ МЕЖКИШЕЧНЫМ АНАСТОМОЗОМ И ЭНТЕРОСТОМОЙ

Штурич И.П., Богданович А.В., Волкович Т.К., Мосеева А.М.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

При острой хирургической патологии нередко возникают ситуации, когда имеется участок нежизнеспособного кишечника, но классическую резекцию с восстановлением непрерывности органа выполнить слишком рискованно из-за наличия распространенного перитонита или других причин.

Наложение анастомоза в таких ситуациях часто приводит к его недостаточности и прогрессированию перитонита. Вместе с тем наложение концевых энтеростом, особенно при высокой резекции сопровождается нарушением водного, электролитного, белкового обмена и резко отягощает состояние больного, всегда требует повторного вмешательства.

Нами разработан вариант операции Грекова-II, который он применял на толстой кишке и отличающийся тем, что между приводящим и отводящим концом тонкой кишки накладывается линейный анастомоз без ушивания концов приводящей и отводящей петли и без погружения его в брюшную полость. Концы приводящей и отводящей кишки вместе с линейным анастомозом или подшиваются к коже, или фиксируются в ране к брюшине и апоневрозу. Такой анастомоз не испытывает нагрузки в первые дни послеоперационного периода, когда сохраняется парез кишечника, анастомоз функционирует как концевая энтеростома. В последующем по мере восстановления перистальтики выделение кишечного химуса наружу уменьшается, анастомоз функционирует все эффективнее и наступает самостоятельное заживление раны в месте наложения энтеростомы.

Во время операций по поводу распространенного перитонита нами проводится срочное цитологическое исследование париетальной и висцеральной брюшины. Полученные данные объективно отражают степень выраженности воспалительного процесса в брюшине и помогают в выборе наиболее рациональной хирургической тактики, в частности, выставляются показания или противопоказания к восстановлению непрерывности кишки после ее резекции.

Так, нами прооперировано 14 больных, у которых восстановление непрерывности тонкого кишечника без энтеростомы не представлялось возможным из-за тяжести перитонита. Тяжесть перитонита подтверждалась клинически, лабораторными методами и цитологическим исследованием. Мазки – отпечатки были представлены элементами воспаления в большом количестве, детритом, клетками мезотелия с реактивными, дистрофическими и дегенеративными изменениями. Элементы воспаления были представлены преимущественно нейтрофильными лейкоцитами, в то время как процент лимфоцитов и моноцитов был не высок. Также наблюдалось присутствие микроорганизмов (как правило смешанная флора, располагавшаяся внеклеточно). Степень выраженности воспалительного процесса в париетальной и висцеральной брюшине была приблизительно одинаковой.

Большинство этих больных были прооперированы при релапаротомиях по поводу недостаточности швов после классической резекции кишки. Одному больному после 5 релапаротомий на шестой операции выполнена обширная резекция и наложен описанный выше анастомоз, больной выписан домой, свищ закрылся самостоятельно.

Данный способ значительно уменьшает риск недостаточности швов благодаря наличию илеостомы в первые дни послеоперационного периода.

Только у двух больных из 14 потребовалось закрытие энтеростомы, которые выполнены ручным швом.

Таким образом, с помощью срочного цитологического исследования париетальной и висцеральной брюшины хирург получает информацию о тяжести воспалительного процесса в брюшине, и возможности выполнить радикальную операцию, резекцию тонкой кишки с восстановлением её анатомической непрерывности, если дополнить наложением концевых энтеростом с линейным анастомозом.